FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE N° 195

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

SIGNEUX Christian

né le 25 Décembre 1928 à PITHIVIERS (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le : 1960

A PROPOS DE SEPT OBSERVATIONS DE SACRO-ILITE TUBERCULEUSE

Président : Mr. S. de SEZE, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

SIGNEUX Christian

né le 25 Décembre 1928 à PITHIVIERS (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE SEPT OBSERVATIONS DE SACRO-ILITE TUBERCULEUSE

Président : Mr. S. de SEZE, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549219_0012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof[r] à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÉZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
— — (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOWSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERIBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. pér. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.,), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considerées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE , le Docteur P . SIGNEUX

A MA MERE.

A MES BEAUX - PARENTS.

A MES FERES ET SOEURS

En témoignage de ma profonde affection.

A MA FEMME.

A MES FILLES.

A MON FILS

En témoignage de ma tendresse.

A Monsieur le PROFESSEUR S. de SEZE,

Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence de cette
Thèse.

Hommage respectueux.

A Monsieur le PROFESSEUR AGREGE J. DEBEYRE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont les conseils furent précieux
pour la ligne de conduite à tenir
chez plusieurs de nos malades.

Très respectueusement.

Au Docteur GAUFROY,

Médecin Chef du Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

Son aide patiente et efficace nous fut particulièrement précieuse au cours de l'élaboration de cette Thèse.

En remerciement de l'amitié qu'il a bien voulu nous témoigner au cours de l'année où nous avons eu le privilège d'être son Interne.

A MES MAITRES du Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-

Nous avons eu l'occasion d'observer durant notre séjour à l'internat du Centre Hospitalier Régional d'Orléans, deux cas de sacro-ilite bacillaire et nous entendons dans cette étude, les rapporter, ainsi que cinq autres observés dans le cadre du service de Rhumatologie.

Ces observations n'ont pas toutes eu la preuve biologique de la tuberculose, mais nous pensons pouvoir les considérer toutes les sept comme d'authentiques ostéo-arthrites tuberculeuses.

De nombreuses études ont été consacrées aux tuberculoses ostéo-articulaires depuis les nouvelles techniques chirurgicales d'abord direct du foyer sous couvert de la chimio-antibiothérapie. Nous nous proposons, pour nos observations, grâce au recul dont nous disposons, de montrer l'intérêt de ces nouvelles modalités thérapeutiques.

Il n'est peut-être pas inintéressant de retenir l'attention sur cette localisation bacillaire en raison de la difficulté du diagnostic et de l'intérêt de la précocité du traitement qui a toute chance d'être totalement efficace, en ne laissant aucune invalidité. La difficulté du diagnostic vient semble t-il non seulement de la symptomatologie souvent

d'emprunt, mais aussi de l'irrégularité d'aspect des articulations sacro-iliaques sur les radiographies, qui ne permet pas toujours d'apprécier les variations pathologiques à leur début. Ainsi l'affection risque d'être méconnue pendant un temps quelquefois long.

Après l'exposé des observations de nos sept malades, nous développerons les considérations à leur propos, tant du point de vue clinique que radiologique, biologique, diagnostique et thérapeutique.

O B S E R V A T I O N S

-:-:-:-:-

OBSERVATIONS N° I

Madame L., âgée de 6I ans, avait présenté une pleurésie séro-fibrineuse à l'âge de I5 ans, et l'un de ses frères était décédé d'une tuberculose pulmonaire, et une soeur d'un mal de Pott.

Le 9 Juin I952, elle est adressée à la consultation de Rhumatologie du Centre Hospitalier Régional, pour un syndrôme de sciatique gauche; celui-ci aurait débuté le 2I Mai, très brutalement sans qu'il y ait eu de notion d'effort ni de traumatisme, et aurait dès le premier jour, entraîné une impotence fonctionnelle complète obligeant la malade à s'aliter. Les traitements habituels étaient restés sans effet. La douleur est si vive dans la région fessière et le membre inférieur que l'examen doit rester succint et on ne peut mettre en évidence les symptômes typiques de la sciatique mono-radiculaire. Une étude radiologique de la colonne lombaire et du bassin est demandée et il paraît nécessaire de pratiquer d'emblée les tests inflammatoires : une vitesse de sédimentation et un Vernes Résorcine. Quelques jours plus tard les résultats de laboratoire sont communiqués : la V.S. est à I07 mm à la première heure et le Vernes

à 87. Il y a donc lieu de soupçonner une lésion du squelette pelvien et les radiographies montrent que la sacro-iliaque gauche est suspecte.

Le 26 Juin 1952, la malade consent à être hospitalisée. A son entrée l'impossibilité de la marche est totale. Tout essai de mobilisation arrache des cris à la malade et montre que la douleur prédomine surtout à la face postérieure de la cuisse gauche et dans la région fessière, au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche où on peut la réveiller par la pression manuelle. Par contre lorsque la malade est allongée dans son lit, absolument immobile, la douleur disparaît.

En dehors de ces signes, l'examen des autres appareils est normal, et la courbe thermique montre que la température vespérale ne dépasse pas 37°7 - 37°8. Des clichés radiologiques de contrôle sont pratiqués, afin de confirmer l'anomalie d'aspect de la sacro-iliaque gauche. La décalcification y est nette. On note un élargissement important de tout l'interligne articulaire avec un flou des brods sacré et iliaque et à la partie toute inférieure de l'articulation. L'ensemble de ces constatations entraîne le diagnostic clinique de sacro-ilite bacillaire et la malade est mise à un traitement d'épreuve : Igramme de Streptomycine est administré chaque jour.

Le 2 Juillet, soit 5 jours après le début du traitement, les douleurs de la cuisse gauche sont atténuées, la malade peut se tenir debout et faire quelques pas. La V.S. est descendue à 83 mm à la Ière heure et le

Vernes Résorcine à 35. Le cliché standard thoracique ne montre aucune lésion apparemment évolutive, seulement des taches calcifiées anciennes du sommet droit et au niveau des deux hiles.

Le 5 Juillet, l'amélioration a continué, la V.S. est descendue à 65 mm à la Ière heure. Cette efficacité rapide de la Streptomycine apporte un argument thérapeutique au diagnostic de sacro-ilite bacillaire. La malade est si améliorée qu'elle demande sa sortie de l'Hôpital afin de continuer chez elle son repos au lit, et son traitement de Streptomycine. Pendant I5 jours, elle reçoit encore quotidiennement I gramme de Streptomycine et I5 grammes de PAS par voie buccale. Le Ier Août, la V.S. est à 35 mm et la malade se lève chez elle deux heures par jour dans son fauteuil.

L'importance de l'amélioration, sa rapidité, la si faible mobilité de la sacro-iliaque, semblent avoir permis chez cette malade de 6I ans, une précoce reprise d'activité. Il est conseillé alors de continuer la Streptomycine à raison de I gramme seulement tous les 3 jours, afin d'éviter les inconvénients que celle-ci pouvait encore entraîner à cette date : vertiges, voir même surdité. Par contre le PAS sera continué régulièrement et quotidiennement.

Le I3 Septembre, la malade est revue à titre externe, l'amélioration est considérable, elle peut aller et venir à peu près normalement, elle ne souffre plus spontanément, seul l'examen réveille encore une douleur à la palpation au niveau de la région rétro-sacrée. La V.S.

est à 31 mm à la 1ère heure; la malade continue seulement son PAS à raison de 15 grammes par jour. Elle est revue à nouveau en bon état au mois de Novembre, puis malgrè les conseils de surveillance biologique et radiologique, elle est perdue de vue. Toutefois nous avons pu savoir par le médecin traitant que par la suite Madame L. présenta des troubles vésiculaires et qu'en 1954 elle subit une cholécystectomie. 4 jours après cette intervention, elle faisait un ictus et décédait à 63 ans. Sa douleur pelvienne n'était jamais reparue.

OBSERVATION N° 2

Madame L., âgée de 26 ans, serveuse dans son débit de boissons, ne présente aucun antécédent pathologique, lorsqu'apparaissent en Juillet 1953, une diminution de l'appétit, une asthénie, un amaigrissement progressif. Bientôt à ces signes vient s'ajouter une douleur lombaire gauche au-dessus de la région fessière avec irradiation au niveau du genou et du mollet; douleur sourde, continue, mais exacerbée après quelques mètres de marche ou en position assise, calmée par le repos en décubitus dorsal.

Le diagnostic de sciatique gauche semble avoir alors été posé, et des traitements divers pendant 3 mois, par antalgiques banaux, Vitamine B, acupuncture et manipulations, avaient été entrepris.

Le 5 Novembre 1953, lorsque la malade est vue en rhumatologie, la sciatique gauche paraît bien atypique : l'irradiation douloureuse du membre inférieur ne revêt pas le caractère habituel. Sur les radiographies pelvi-lombaires on constate un élargissement important de la partie inférieure de l'interligne de la sacro-iliaque gauche avec décalcification para-articulaire iliaque et sacrée. Une V.S. est pratiquée le même jour et est retrouvée à 40 mm à la Ière heure.

L'association de cette douleur sacro-iliaque avec irradiation à la face postérieure de la cuisse, avec une V.S. accélérée et une image radiologique anormale de la sacro-iliaque gauche, imposent de retenir comme des plus probables le diagnostic de sacro-ilite bacillaire.

La malade consent alors à être hospitalisée afin que puisse être mise en route une ligne de conduite thérapeutique : repos allongé complet, Streptomycine et PAS.

Le I7 Novembre I953, à son entrée à l'Hôpital, Madame L. dont la douleur était exagérée par la marche, par la position assise et par la station debout, est rapidement calmée par le repos complet. La température ne s'élève pas le soir au dessus de 37°5. La mobilisation du membre inférieur n'est pas douloureuse, mais les manoeuvres pour mobiliser l'articulation sacro-iliaque révèlent une douleur postérieure à son niveau. La pression dans la région articulaire est également douloureuse. L'image thoracique pulmonaire est normale.

La cuti-réaction à la Tuberculine est très violemment positive. Une intradermo-réaction à la Mélitine se révèlera négative.

La malade restera hospitalisée jusqu'au 22 Décembre I953. Durant cette hospitalisation, elle reçoit chaque jour une perfusion de I5 grammes de PAS et par ailleurs I gramme de Streptomycine pendant les 8 premiers jours, puis tous les 3 jours.

L'amélioration est progressive, la douleur diminue, et lors de sa sortie, la marche se fera normalement. La V.S. descend jusqu'à I6 mm à la Ière heure, mais remonte à 38 mm à la veille de la sortie de Madame L. qui refuse la prolongation de son séjour. On lui conseille de continuer le repos absolu chez elle pendant encore au moins 3 mois

en continuant sa Streptomycine tous les 3 jours et du PAS per os. Rentrée chez elle, il est difficile, compte tenu des conditions sociales de poursuivre une surveillance biologique et radiologique. De plus la malade continue à souffrir si bien qu'on décide le curetage chirurgical du foyer infectieux avec arthrodèse de la sacro-iliaque.

Le 15 Février 1954, Madame L. est opérée, et voici le compte-rendu opératoire: " Arthrodèse sacro-iliaque. Incision arciforme sur la partie postéro-supérieure de la crête iliaque, résection de la partie postérieure la crête pour aborder l'interligne sacro-iliaque. On ne trouve pas de pus, mais du tissu fongueux en petite quantité; l'os iliaque est très mobile sur le sacrum, on resèque autant que possible les surfaces articulaires et on comble l'intervalle ainsi créé en y tassant des greffons spongieux. Fermeture. Immobilisation en coquille plâtrée (Pr Debeyre).

L'examen histologique : " Il a été coupé 3 fragments : sur deux d'entre eux, en particulier, on voit de petis séquestres osseux entourés de lymphocytes, de cellules épithélioïdes et de quelques cellules géantes.

Conclusion : la présence de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, et l'absence de polynucléaires, nous font poser le diagnostic d'ostéolyse infectieuse d'origine tuberculeuse " (Dr Mazabraud).

A la suite de cette intervention, la malade rentre chez elle et observe un repos dans le décubitus pendant 3 mois, continuant l'antibiothérapie : 6 comprimés de Rimifon par jour, et tous les 3 jours :

I gramme de Streptomycine.

Après cette période de repos, la malade reprend progressivement une activité dans le deuxième semestre de l'année I954, ne souffrant absolument plus de son articulation sacro-iliaque ni du membre inférieur.

En I955, elle reprend son activité professionnelle complète sans manifestation pathologique.

Et le IO Mars I956, 2 ans après l'intervention, les clichés de contrôle ne montrent qu'une importante ostéosclérose au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Actuellement nous avons eu l'occasion de revoir cette malade qui se trouve en excellent état et n'a plus jamais éprouvé à nouveau de douleur, ni de son bassin, ni de son membre inférieur, pas même lors des deux grossesses qu'elle a eues depuis.

OBSERVATION N° 3

Monsieur D., âgé de 39 ans, est employé à la ville comme boueux et balayeur et présente une nette imprégnation éthylique.

Dans ses antécédents, on retrouve une hospitalisation en 1950 pour une pleurésie séro-fibrineuse gauche s'accompagnant d'une opacité parenchymateuse du tiers inférieur du champ pulmonaire gauche avec une infiltration intercléido-hilaire. A cette époque, il avait été traité par repos, calcium et stérogyl.

En 1951, il présente des douleurs sciatiques gauches à titre éphémère.

Le 16 Octobre 1954, le malade est hospitalisé pour une douleur apparue la veille à la suite d'un effort et localisée à la hanche droite, à la face postérieure de la cuisse et entraînant une très nette claudication. Cette douleur est tenace, elle résistera au repos, mais il n'y a pas d'irradiation nette permettant de s'orienter vers une souffrance du nerf sciatique. En outre la température est à 38° et la V.S. est à 59 mm à la 1ère heure. Compte tenu des antécédents pulmonaires, un tubage gastrique est pratiqué qui ne ramènera pas de B.K. et une radiographie thoracique faite le 21 Octobre montre la présence dans le champ pulmonaire gauche, d'un gros nodule d'apparence scléreuse. On pense alors à un début d'une autre localisation bacillaire (hanche?) et pendant 27 jours le malade est maintenu au lit avec une perfusion

de PAS et I gramme de Streptomycine.

Les douleurs cèdent assez rapidement, la température redevient normale, et il n'est pas possible de maintenir longuement le malade à l'Hôpital.

Une V.S. faite le 2 Décembre, soit 5 semaines après le début du traitement, est relevée à 3 mm à la Ière heure. C'est à ce moment que le malade est adressé à la consultation de Rhumatologie. Le cliché du bassin montre un aspect normal de la coxo-fémorale droite, mais le cliché de la charnière lombo-sacrée montre une sacro-iliaque droite très légèrement suspecte et des tomographies sont demandées : elles confirment l'existence d'une image franchement anormale.

Le contexte clinique : absence de toute douleur, V.S. redevenue normale, empêche de tirer une conclusion pratique de ces constatations. On ne manque pas cependant de penser que l'amélioration actuelle peut se trouver sous la dépendance du traitement antibacillaire qui a été appliqué pendant un mois.

Le 28 Février 1955, le malade rentre à nouveau dans le service de médecine hommes, car la reprise de son travail a bientôt fait réapparaître les mêmes douleurs que quelques mois auparavant, et à la station debout, il prend une attitude légèrement déhanchée du côté gauche, avec bascule du bassin à droite. On constate une contracture des masses musculaires latéro vertébrales. La palpation réveille un point douloureux en face de l'articulation sacro-iliaque droite de même que les manoeuvres de

mobilisation du rachis sur le bassin.

La vitesse de sédimentation est remontée à 28 mm à la Ière heure et le Verne Résorcine est positif à 56°.

De nouvelles radiographies montrent toujours un diastasis important de la partie inférieure de l'articulation avec décalcification à ce niveau de la berge iliaque, un flou des deux berges. Des tomographies faites quelques jours après, confirment l'existence du diastasis, mais font voir qu'il s'étend à tout l'interligne. De plus apparaît un séquestre à contours flous détaché de la berge iliaque.

Le diagnostic de sacro-ilite bacillaire paraît dès lors indiscutable, et le 7 Mars, un traitement aux 3 antibiotiques est mis en route : Streptomycine : I gramme par jour ; PAS : une perfusion quotidienne; Rimifon : 6 comprimés par jour.

La reprise du processus évolutif après plusieurs mois, chez un sujet indocile, présentant un terrain fragile, paraît devoir imposer une guérison stable de sécurité et on décide d'emblée d'envisager l'intervention chirurgicale. Celle-ci est pratiquée le 27 Avril 1955: Exérèse et greffe intra-focale, par le Pr Debeyre.

Examen histologique : " Sur la coupe examinée, on reconnaît un tissu fibreux dense renfermant de rares îlots lympho-ostéocytaires; il existe également un fragment de tissu osseux dont les ostéocytes sont vivants.

La moelle adipeuse renferme un ilot nodulaire dont le centre est légèrement nécrosé. Ce nodule est formé de lymphocytes, entourant des cellules réticulaires. Autour de ce nodule, la moelle est très vascularisée. Nous n'avons pas rencontré de follicules tuberculeux absolument typiques renfermant des cellules géantes, des cellules épithéloïdes ou une plage caséeuse centrale.

Conclusion : Le diagnostic de tuberculose peut être évoqué, mais non affirmé formellement sur cette coupe qui ne contient pas de tissu nécrosé ". (Dr Mazabraud)

A l'issue de cette intervention, le malade reste encore hospitalisé jusqu'au 25 Juin I955. Les 3 antibiotiques sont continués régulièrement et à sa sortie de l'Hôpital, le malade reprendra une certaine activité: travail à mi-temps en Août I955.

Des vitesses de sédimentation sont retrouvées aux environs de 5 mm à la Ière heure, à la fin de l'année I955. Le malade recevra encore pendant 8 mois, I gramme de Streptomycine, 3 fois par semaine, tandis que le Rimifon et le PAS seront poursuivis pendant II mois.

Monsieur D. a été revu à plusieurs reprises pour d'autres états pathologiques : gastrite éthylique, délirium, sciatique de l'autre côté de la sacro-ilite. Jamais il n'a ressoufert de son ostéo-arthrite tuberculeuse et des clichés radiographiques ont confirmé cette bonne consolidation.

OBSERVATION N° 4

Madame C., âgée de 52 ans, sans antécédents pathologiques, avait présenté en Août I955, une sciatalgie gauche d'apparition brutale, sans notion d'effort qui avait eu une durée d'un mois et avait cédé par le repos, les antalgiques, et des vitamines B.

Dans les mois qui suivirent cet épisode aigu, il était tout de même resté un fond douloureux excessivement variable mais n'entraînant pas de diminution de l'activité physique.

C'est alors, à la fin de Janvier I956, qu'est apparue à nouveau, sans notion d'effort, une crise douloureuse " sciatique gauche " qui cette fois immobilisa complètement la malade au lit.

Le 30 Janvier I956, une étude radiologique du squelette lombo-pelvien est pratiquée. Elle relève d'emblée un élargissement indiscutable de l'interligne sacro-iliaque surtout à son tiers inférieur, un aspect d'ostéite avec séquestre aux dépens du sacrum. L'ensemble de l'interligne est flou. Par ailleurs, il existe une importante sclérose du disque charnière, sans aucune altération des contours de L5 ni du plateau sacré. Cet état pathologique du disque pouvait à la rigueur expliquer des souffrances sciatiques antérieures.

Le 9 Février, la malade est hospitalisée afin de préciser par examens complémentaires, notamment des tomographies, l'état des sacro-iliaques.

Les tomographies confirment l'existence d'un diastasis, d'irrégularité des anfractuosités de la sacro-iliaque gauche, et la présence d'un important séquestre.

La malade est apyrétique, mais la vitesse de sédimentation est relevée à 85 mm à la Ière heure. Sa cuti-réaction est très positive.

Dès le I2 Février, la malade, considérée comme porteuse d'une sacro-ilite bacillaire, reçoit I gramme de Streptomycine par jour, une perfusion de PAS et 6 comprimés de Rimifon; on ne s'arrête pas au résultat d'un séro-diagnostic de Widal positif au I/I00 pour le bacille d'Eberth.

Pendant 4 semaines de traitement, la malade voit ses douleurs disparaître, il lui est possible de se lever plus facilement; par contre les vitesses de sédimentation restent aussi élevées : 80 mm à la Ière heure le II Février; 83 mm le 8 Mars.

Devant la persistance de cette accélération qui pouvait être expliquée par l'existence de séquestre et éventuellement d'abcès, on refait un séro-diagnostic de Widal qui se révèle encore positif au I/I00, et on croit devoir mettre en route un essai de traitement par la Tifomycine. Madame C. reçoit Igr50 de Tifomycine pendant I8 jours jusqu'au 29 Mars. Pendant cette période, elle reprend 4 Kgs et la vitesse de sédimentation s'abaisse à 52 mm à la Ière heure.

Ainsi tant les résultats thérapeutiques que certaines données biologiques pouvaient soulever le problème d'une sacro-ilite à bacille d'Eberth. La malade alors exige de sortir de l'Hôpital et nous ne disposons que de nouvelles indirectes de son état.

Nous avons appris que Madame C. souffrit encore quelque temps et qu'elle présenta en Septembre I957 un volumineux abcès froid de la nuque, incisé chirurgicalement. De plus existait une image radiologique de spondylite cervicale. A l'issue de cette intervention, elle porta une minerve pendant I8 mois et fut guérie par un traitement antibiotique: Streptomycine, et Rimifon de I8 mois.

Ainsi, si nous avons pu hésiter sur l'étiologie tuberculeuse de notre sacro-ilite, la localisation cervicale ultérieure et sa guérison par la Streptomycine et le Rimifon, apportent, à postériori, des arguments suffisants pour retenir la nature bacillaire de la première localisation ostéo-articulaire.

OBSERVATION N° 5

Madame Ch., âgée de 46 ans, femme de ménage, est vue le II Mars I957 parce qu'elle présente depuis déjà plusieurs semaines des douleurs au niveau de la hanche gauche. On note dans ses antécédents, une greffe d'Albee, faite en Février I950 pour un mal de Pott évoluant depuis 4 ans, à l'étage L3 - L4. A la suite de cette intervention, son foyer évolutif vertébral paraissait éteint.

Les douleurs qui l'ont amenée à consulter auraient débuté en Janvier I957 et prédominent dans la région fessière et à la face postéro-externe de la cuisse gauche; elles sont accentuées à la marche qui se fait sur la pointe du pied gauche. Les douleurs disparaissaient la nuit en position couchée. L'état général de la malade reste bon.

A l'examen, il existe un signe de Lasègue, le membre inférieur gauche reste en légère flexion; la mobilisation passive montre que les divers mouvements de la hanche sont pratiquement normaux, cependant les manoeuvres de mobilisation des sacro-iliaques révèlent à gauche une douleur.

Le I5 Mars I957, la malade rentre à l'Hôpital. La V.S. est relevée à I4 mm à la Ière heure, le Vernes Résorcine à 9. Mais malgrè ces tests biologiques, l'aspect de la sacro-iliaque gauche permet de retenir le diagnostic de sacro-ilite : les radiographies montrent en effet une disparition complète de l'interligne articulaire due à un flou total des berges qui sont inindividualisables. L'interligne présente un

élargissement important dans son tiers inférieur. De plus il existe une importante décalcification intéressant tout l'aileron sacré gauche.

Le Pott ancien L3 - L4 parait stabilisé, aucune modification n'est constatée par rapport aux clichés de 4 ans auparavant. Sur la radiographie pulmonaire il persiste un infiltrat scléreux au niveau du I/3 inférieur droit, inchangé par rapport aux clichés antérieurs. Dès le 27 Mars, un traitement antibiotique anti-tuberculeux est mis en route: I gramme de Streptomycine par jour pendant I2 jours, ensuite I gramme tous les deux jours. PAS : une perfusion de I5 grammes par jour, 6 fois par semaine. Rimifon : 6 comprimés par jour.

Chez cette malade de 46 ans, qui ne présente pas de tests inflammatoires marqués, on peut se demander si le traitement médical ne lui évitera pas une nouvelle intervention, mais les conditions sociales, la nécessité pour elle de se trouver auprès de son mari, la crainte de ne pas la voir suffisamment longtemps observer les prescriptions médicales nécessaires, nous incitent bientôt à envisager pour elle l'intervention chirurgicale, et d'obtenir ainsi la garantie que peut constituer le curetage du foyer infectieux et l'arthrodèse.

Le 28 Mai I957, l'intervention chirurgicale (curetage et arthrodèse) est pratiquée par le Pr Debeyre, alors que les antibiotiques ont naturellement été continués.

Voici le compte rendu de l'examen histologique : " Le curetage a retiré des fragments osseux nécrosés et quelques fragments cartilagineux. La moelle présente de nombreuses plages de dégénérescence caséuse. Conclusion : tuberculose osseuse ". (Dr Mazabraud)

Le 20 Juin I957, la malade revient dans le service pour un mois, et elle recevra depuis la date de l'intervention, de la Streptomycine (2 grammes par semaine) et du PAS (30 grammes par semaine) pendant plus de 3 mois, tandis que le Rimifon lui sera donné pendant 7 mois à la dose de 6 comprimés par jour.

Dès le I0 Septembre I957, reprise progressive de l'activité, et plusieurs contrôles radiologiques faits en I958 montrent la stabilisation des lésions.

Enfin, le 1er Décembre I959, un nouveau contrôle montre une V.S. normale, à 5 mm, un examen clinique rigoureusement négatif; la malade a repris complètement son activité professionnelle de femme de ménage.

Telle est l'observation de cette malade pour laquelle, au début, on pouvait suspecter un réveil de mal de Pott malgrè les tests inflammatoires très peu accélérés, mais qui présentait aussi une image très normale de la sacro-iliaque gauche. La clinique semblait orientée plus nettement vers la sacro-iliaque douloureuse, la chirurgie a confirmé la localisation bacillaire à ce niveau et a permis grâce aux antibiotiques une guérison rapide en deux années et une remise en activité professionnelle.

OBSERVATION N° 6

Madame S., âgée de 29 ans, est envoyée le 22 Mai I958 à la consultation de Rhumatologie par son médecin traitant pour douleur sciatique droite durant depuis 3 mois. La malade dont le mari est forain ne semble pas s'être préoccupée outre mesure de cette douleur durant déjà depuis longtemps. Madame S. a fait 3 ans auparavant une pleurésie droite, mais apparaît comme en bonne santé. L'examen clinique est négatif en dehors d'un signe de Lasègue à 45° du côté droit. Aucune topographie radiculaire ne peut être précisée.

Comme deux études radiographiques à deux mois d'intervalle (Mars et Mai) de la colonne lombaire et de la charnière lombo-sacrée ne montrent aucun signe particulier qui puisse faire penser que cette sciatique n'est pas d'ordre disco-radiculaire, le jour même une première séance d'élongation vertébrale est pratiquée. Il est prévu que pour la séance suivante une V.S. sera faite, mais la malade ne devait pas revenir pour la suite de son traitement et abandonner aussi sa surveillance médicale pour plusieurs mois.

Le 20 Octobre I958, Madame S. est hospitalisée, envoyée par son médecin qui ne l'avait pas revue pendant 4 mois et l'avait retrouvée la veille avec des signes de lombo-sciatique droite à peu près identiques à ceux du premier examen, quoique la malade dise avoir été nettement améliorée pendant un certain temps. Chez cette malade, la V.S. systématique est demandée dès le premier jour, elle est accélérée à 4I mm à la Ière heure.

Dès lors, il ne nous est plus possible de rester sans examens complémentaires sur le diagnostic de sciatique d'ordre discal banal et nous demandons des examens radiologiques lombo-sacrées de contrôle et un téléthorax. Celles-ci apportent des documents décisifs : il existe une importante altération de l'aspect de la sacro-iliaque droite : " Diastasis considérable du quart inférieur de l'articulation avec flou des deux bords, et décalcification de la berge iliaque et séquestre paraissant en formation. Décrochement pubien du côté droit ". Sur le cliché pulmonaire, il existe une image de nodules miliaires disséminés imposant le diagnostic de granulie.

Dès le 24 Octobre, la malade est passée dans le service de phtisiopneumologie pour traitement antibiotique parce que son état pulmonaire ne permettait pas de la garder dans le service de pathologie générale, et que la coïncidence des thérapeutiques vis à vis des deux localisations bacillaires était complète.

Des cultures sur Loewenstein se montrent positives les 3 et 6 Novembre.

Le 29 Octobre, la malade est mise à 6 comprimés de Rimifon, une perfusion de 15 grammes de PAS et I gramme de Streptomycine I.M. par jour. Mais malgrè les efforts pour lui faire comprendre l'imprudence considérable qu'elle est en train de commettre, Madame S. est ramenée chez elle par son mari le 6 Novembre 1958. Le médecin traitant suit de son mieux cette malade indocile qui semble cependant respecter son traitement.

Après un mois, la Streptomycine est espacée à raison de I gramme, 3 fois par semaine, mais PAS et Rimifon sont continués au même rythme.

En Février I959, la malade revient à la consultation de Rhumatologie; elle souffre toujours et adopte une attitude antalgique, il existe une claudication, la V.S. est sensiblement aux mêmes chiffres qu'en Octobre I958 : 43 mm à la Ière heure. Les radiographies ne montrent pas de modification importante au niveau de la sacro-iliaque droite, par contre l'image pulmonaire parait en grande partie nettoyée.

Devant cette amélioration de l'état pulmonaire, on demande au phtisiologue s'il verrait un inconvénient du point de vue général, à ce que l'on envisage un traitement chirurgical de la sacro-iliaque. Chez cette malade jeune, de 29 ans, par ailleurs assez indisciplinée, il nous parait souhaitable en effet d'obtenir pour l'avenir une consolidation complète par curetage du foyer et arthrodèse. La malade est montrée dans ces conditions à un chirurgien orthopédiste et le principe de l'intervention est décidé avec l'accord formel du mari qui se montre cependant très difficile à convaincre.

Aucune des bonnes résolutions et des dates d'hospitalisation ne sont respectées, et c'est seulement le 27 Octobre I959 que la malade est revue à la consultation, soit un an après la découverte de sa sacro-ilite bacillaire : Madame S. parait en excellente santé, il persiste de l'avis du phtisiologue quelques anomalies nodulaires apicales et sous - claviculaires gauches, mais leur potentiel évolutif est difficile

à préciser. (Dr Carraud)

Pour ce qui est de l'état de la sacro-iliaque, la malade n'en souffre plus, ne présente aucune raideur, rien ne nous interdit de penser qu'une consolidation s'est progressivement installée. Les radiographies montrent qu'un flou s'est étendu sur l'ensemble articulaire, et qu'il existe une ostéosclérose, avec un petit séquestre détaché, siégeant au quart inférieur.

Il semble donc que pour sa grave tuberculose, à la fois viscérale et osseuse, sans immobilisation, le traitement devrait encore être longuement pousuivi, peut-être encore au moins un an, mais on peut se demander si une consolidation n'est pas déjà obtenue médicalement pour la sacro-iliaque.

OBSERVATION N° 7

Mademoiselle de B., âgée de 28 ans, présentait dans les antécédents récents, un traitement pour un syndrôme de schizophrénie qui avait été amélioré et équilibré par 4 comprimés de Nozinan qu'elle continuait à absorber quotidiennement.

La cuti-réaction, négative en I949, avait été trouvée positive en I954. On relève encore (été I957) des algies de la hanche droite cédant très rapidement au repos, réapparaissant à l'occasion d'efforts (marche, tennis).

C'est le I5 Août I958 que commence l'épisode pathologique qui nous préoccupe. A cette date apparaissent brusquement de vives douleurs de la hanche droite, accompagnées d'un état fébrile à 39°5. La malade, alors en vacances, est radiographiée et on parle d'ostéochondrite disséquante et d'image possible de séquestre. Amélioration sous corticothérapie.

En Septembre I958, lorsque commence notre observation, la malade présente une claudication, une gêne douloureuse à la marche, la mobilisation passive de la hanche est nettement limitée.

Les radiographies paraissent montrer l'existence de 3 corps étrangers intra-articulaires. Cependant on s'étonne que ces corps étrangers aient pu déclencher des poussées févriles et une V.S. est pratiquée le I6 Octobre I958 : 65 mm à la Ière heure.

Il semble donc prudent de garder cette malade en observation avant d'entreprendre des injections intra-articulaires d'Hydrocortisone, épreuve thérapeutique qui semble justifiée avant d'envisager l'ablation chirurgicale des corps étrangers. L'arthrite due à la perturbation mécanique que pouvaient causer les corps étrangers, pouvait-elle être seule responsable de l'accélération de la V.S. ?

Dans les semaines qui suivent, devant l'absence d'amélioration, la malade est montrée à un chirurgien orthopédiste qui confirme l'impression d'existence de corps étrangers, et pense que l'intervention chirurgicale n'a pas intérêt à être différée. Le 28 Novembre 1958, Melle de B. est opérée, mais aucun corps étranger ne peut être mis en évidence. Une biopsie de la synoviale est pratiquée, elle se révèlera normale. Les suites opératoires apparaissent comme normales.

Le 24 Décembre 1958, lorsqu'on est amené à revoir la malade, la V.S. est encore accélérée à 30 mm à la 1ère heure. La limitation de la mobilité de la coxo-fémorale semble toujours poser un problème. L'hospitalisation est acceptée afin de pouvoir rechercher une étiologie par des examens radiographiques complémentaires.

Le 5 Janvier 1959, la malade est hospitalisée; dès l'examen clinique, on note la limitation douloureuse importante des mouvements de la hanche droite, la mobilité vertébrale est normale, la palpation ne provoque pas de douleur à la pression des épineuses, et la pression au niveau

de l'articulation sacro-iliaque droite réveille une douleur très vive et retient très nettement l'attention.

Les radiographies de contrôle sont immédiatement demandées et elles montrent d'emblée l'important élargissement de la partie inférieure de l'interligne de la sacro-iliaque droite qui doit nous faire suspecter avant tout la sacro-ilite bacillaire. On note encore sur les films lombaires, un pincement très important du disque L3 - L4.

Des tomographies précisent l'étude radiologique de l'étage lombaire L3-L4 et de la sacro-iliaque : le pincement du disque L3-L4 s'accompagne d'une image géodique du corps de L4. Au niveau de la sacro-iliaque, le diastasis intéresse les 2/3 inférieurs de l'interligne. Le flou des bords s'étend sur toute la hauteur de l'articulation. Il existe de plus une ostéo-condensation très importante.

Les séro-diagnostics de Wright et de Widal se révèleront négatifs.

Le 13 Janvier, la malade est mise au traitement antibiotique : Streptomycine: I gramme par jour pendant 15 jours, puis une injection tous les 2 jours. PPAS: 15 grammes par jour; Rimifon : I suppositoire matin et soir + 6 comprimés.

La malade reste hospitalisée les mois de Janvier et Février,et après un mois chez elle où le traitement est continué, revient en Avril.

La vitesse de sédimentation tout au cours de ces mois reste accélérée à 40 mm le 6 Janvier I959, et à 30 mm le 4 Mai.

Le 8 Juin I959, la malade quitte le service après avoir reçu 72 grammes de Streptomycine, I5 grammes par jour de BPAS pendant I55 jours, et du Rimifon : 300 mgrs par jour per os, et 600 mgrs par jour en suppositoires, pour être admise en chirurgie, aux fins d'intervention. La malade est opérée dès le lendemain (Pr Merle d'Aubigné) : l'abord est fait sur l'aspect typique de mal de Pott L3-L4. Sur ce disque pincé dans ses 3/4 il n'est trouvé aucune lésion visible, pas même à l'incision de son bord latéral. L'intérieur est cureté sans trouver non plus de lésion d'aspect tuberculeux.

La sacro-iliaque est le siège d'une lésion indiscutable avec séquestre, l'interligne est bloqué par des greffons.

Ultérieurement la malade va suivre chez elle son traitement antibiotique : Streptomycine : 2 grammes par semaine ; Rimifon : 6 comprimés par jour; pas de PAS.

Pendant 3 mois, Melle de B. observe un repos complet au lit.

Le 4 Décembre I959, nous devions la revoir, en excellent état, avec une V.S. normale à 6 mm, une hanche complètement souple, une sacro-iliaque indolore. Il fut décidé que, avec une reprise progressive de l'activité, le traitement devait être poursuivi encore 6 mois.

Telle est l'histoire curieuse de cette sacro-ilite bacillaire qui, entrée dans la pathologie par un aspect de coxite, a pu faire soupçonner une ostéochondrite, des corps étrangers intra-articulaires, et qui s'accompagnait d'une image radiologique à l'étage L3 - L4 absolument typique de Pott avec lacune osseuse, pincement global du disque très important. La chirurgie n'allait montrer aucune altération des tissus à l'étage lombaire, pas même à l'incision du disque.

Pour la hanche, elle allait récupérer progressivement toute sa mobilité sous traitement antibiotique, alors que la biopsie de la synoviale avait été négative, comme si elle n'avait été le siège d'aucune lésion. S'était-il alors agi d'une myosite du psoas en rapport avec l'atteinte débutante de la sacro-iliaque ?

RESUME DES OBSERVATIONS

-:-:-:-:-:-

I. - Mme L. 6I ans. - Antécédents : pleurésie séro-fibrineuse à I5 ans.- symptôme : sciatalgie gauche. - Diagnostic : I2 Juin I952. - 4 mois de traitement.

II. - Mme L. 26 ans. - Sans antécédents. - Symptôme : sciatalgie droite. - Diagnostic : 5 Novembre I953. - 6 mois de traitement, avec intervention chirurgicale le I5 Février I954.

III. - Mr D. 39 ans. - Antécédents : pleurésie séro-fibrineuse à 35 ans. - Symptôme : sciatalgie gauche. - Diagnostic : Ier Mars I955. - Un an de traitement avec intervention chirurgicale le 27 Avril I955.

IV. - Mme C. 52 ans. - Sans antécédents. - Symptôme : sciatalgie gauche. - Diagnostic : 9 Février I956. - I mois de traitement : puis secondairement I8 mois, pour une deuxième localisation (Pott cervical).

V. - Mme Ch. 46 ans. - Antécédents : greffe d'Albee à 39 ans pour Pott L3 - L4. - Symptôme : algies hanche gauche. - Diagnostic : 20 Mars I957. - 9 mois de traitement avec intervention chirurgicale le 28 Mai I957

VI. - Mme S. 29 ans. - Antécédents : pleurésie séro-fibrineuse à 26 ans.- Symptôme : sciatique droite. - Diagnostic : 22 Octobre 1958. - Granulie pulmonaire associée. - 15 mois de traitement. - A poursuivre jusqu'au 1er Novembre 1960.

VII. - Mlle de B. - Sans antécédents. - Symptôme : algies hanche droite. - Diagnostic : 6 Janvier 1959. - Mal de Pott L3 - L4 associé. - Un an de traitement avec intervention chirurgicale le 9 Juin 1959. - A poursuivre jusqu'au 1er Juillet 1960.

C O N S I D E R A T I O N S

-:-:-:-:-

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES :

Nos sept observations ne concernent qu'un seul cas masculin, homme de 39 ans (obs. n° 3), les six autres intéressent des femmes dont l'âge s'échelonne de 26 à 6I ans (26, 28, 29, 46, 52 et 6I).

Une seule de nos malades (obs. n° I) présentait à notre connaissance des antécédents familiaux tuberculeux, I frère et I soeur décédés; le premier d'une tuberculose pulmonaire, la deuxième d'un mal de Pott.

Du point de vue antécédents personnels, trois de nos malades (obs. n° I, 3 et 6) avaient eu une pleurésie séro-fibrineuse, 46 ans, 4 ans et 3 ans auparavant.

Une quatrième malade (obs. n° 5) avait eu 7 ans avant un mal de Pott lombaire L3-L4 pour lequel elle avait subi une greffe d'Albee.

Aucune de nos autres malades n'avait présenté de lésion parenchymateuse bacillaire connue, mais pour plusieurs, des images cicatricielles des champs pulmonaires étaient visibles.

A propos de leur affection sacro-iliaque, sont découvertes pour deux malades des localisations tuberculeuses concomittantes. Chez l'une (obs. N° 6) il s'agissait d'une granulie pulmonaire; chez l'autre (obs. N° 7), d'un tassement très important du disque L3-L4 avec un aspect géodique évident du corps de L4. Cependant l'intervention chirurgicale sur ce foyer en même temps que sur le foyer sacré, ne devait pas montrer de lésion macroscopique; il est vrai , après traitement antibiotique.

CONSIDERATIONS CLINIQUES :

Symptômes : Parmi les signes qui constituent les premières manifestations pour le malade et qui l'amènent à consulter, le plus souvent retenons celle d'une " sciatique ".

Ce fut le cas de 5 de nos malades sur 7.

En vérité un seul sur les cinq présentait un aspect de sciatique typique, si typique que l'on avait pu même pratiquer une séance d'élongation: cependant celle-ci fut faite 6 mois avant la découverte de la sacro-ilite et sur la constatation de deux séries (Mars et Mai 1958) de films radiologiques pelvi-lombaires rigoureusement normaux (même à postériori). Peut-être dans ce cas s'est-il agi d'une véritable sciatique discale à ce moment-là ?

Dans les quatre autres cas à début de " sciatique ", on pouvait parler plutôt de sciatalgie et une topographie radiculaire nette n'était pas relevée. La douleur spontanée le plus souvent ne dépassait pas le genou. La douleur objective était presque toujours réveillée plus en dedans que dans la sciatique vertébrale commune, dans la région de la sacro-iliaque. Il n'y avait pas de raideur rachidienne, ni d'attitude antalgique aussi marquée qu'il est habituel dans les conflits discaux. Le plus souvent, le siège de la douleur, la constatation de manoeuvres pelviennes de mobilisation de la sacro-iliaque douloureuse, rendaient possible le soupçon du diagnostic que le contexte commémoratif, biologique et radiologique devait confirmer.

Une notion d'effort pouvant expliquer l'apparition de cette sciatalgie n'était retrouvée dans les antécédents immédiats que dans l'observation N° 3

Deux autres de nos malades ont présenté un début clinique à type de coxopathie.

Pour l'une (obs. N° 5) l'examen faisait rapidement soupçonner l'atteinte de la sacro-iliaque. Pour l'autre (obs. N° 7) au contraire, l'existence d'une limitation nette des mouvements de la hanche, la constatation sur les films radiologiques d'aspect évoquant au plus haut point des corps étrangers intra-articulaires, devaient faire accuser ceux-ci comme point de départ des troubles présentés et devaient conduire dans un premier temps à une intervention chirurgicale sur l'articulation coxo-fémorale.

Au point de vue de l'état général, les signes dans l'ensemble étaient peu marqués, seule la malade N° 2 avait présenté dans les mois qui avaient précédé, un amigrissement avec inappétence et une asthénie.

Dans l'observation N° 4, furent notées quelques poussées fébriles, mais en général la courbe thermique de nos malades s'établissait tout à fait au voisinage de la normale. Même dans l'observation N° 6, où la sacro-ilite s'associait à une granulie, il existait un excellent état

général sans fièvre.

Très rapidement, après la mise en route du traitement, en particulier dans l'observation N° I, tous ces symptômes régressèrent. Nos malades, après les antibiotiques et pour certains, la cure chirurgicale, retrouvèrent toujours une excellente souplesse avec une indolence complète.

CONSIDERATIONS RADIOLOGIQUES :

Les constatations faites sur les différentes radiographies (standart et tomographies) ont dans tous les cas constitué l'étape essentielle du diagnostic, venant confirmer le diagnostic de sacro-ilite qu'avaient fait soupçonner la clinique et la biologie.

Tant pour les radiographies que pour les tomographies, les films les plus intéressants ont été ceux pris de face. Leur interprétation en étant d'autant plus aisée qu'ils permettent une étude comparative des deux articulations sacro-iliaques. Il ne faut pas surestimer la valeur des incidences obliques en enfilade et le cliché de face est d'une interprétation plus aisée (Köhler et Zimmer).

CONSTATATIONS :

L'unilatéralité fut toujours un élément important de l'orientation diagnostique; un seul de nos cas (N° 6 : granulie) a pu nous faire soupçonner l'atteinte de l'articulation opposée par l'existence de deux petites zones de clarté ovalaire pouvant évoquer des géodes.

Le diastasis a été retrouvé d'une façon constante dans nos 7 cas. Le plus souvent il n'intéressait pas toute la hauteur de l'interligne articulaire et il était visible à la moitié ou au 1/3 inférieur de l'articulation.

Cette constance ne doit pas nous étonner puisqu'il est considéré par beaucoup d'auteurs comme un signe essentiel (Fortier).

Le flou des berges accompagnait toujours le diastasis, siégeant à sa hauteur pour parfois le déborder largement et même intéresser tout l'interligne (obs. N° 5)

La décalcification était suivant les cas plus ou moins marquée :

- dans les obs. N° I, 2 et 7 : elle était peu visible.

- dans les obs. N° 3 et 6, par contre, elle intéressait la partie inférieure de la berge iliaque.

- dans les obs. N° 4 et 5 : la décalcification intéressait l'ensemble de l'articulation.

- dans l'obs. N° 6, elle s'étendait même à presque tout l'aileron sacré.

Les aspects typiques de géodes ne furent retrouvés que dans deux cas (N° 4 et 6).

Des images de séquestres furent retrouvées quatre fois (obs. N° 3, 4, 6 et 7).

L'ostéosclérose en bandes larges, d'étendue variable fut retrouvée chez tous nos malades, accompagnant même les zones de décalcification para-articulaire.

Le décrochement pubien n'était constatable que dans une seule de nos observations (N° 6)

Chez aucun de nos malades nous n'avons pu mettre en évidence d'image typique d'abcès.

LES TOMOGRAPHIES :

Le plus souvent le diagnostic fut suffisamment étayé par les données des radiographies standart pour qu'il apparaisse inutile d'imposer à nos malades des examens complémentaires. Cependant une étude tomographique fut faite pour 3 de nos observations (N° 3, 4 et 7). L'intérêt de cet examen complémentaire est indiscutable car dans l'un des cas (N° 3) il apporta la confirmation de l'image anormale de la sacro-iliaque qui restait sujette à discussion; dans les autres cas, il a permis une meilleure appréciation de l'importance des lésions : en particulier le diastasis apparait sur plusieurs clichés comme beaucoup plus net et beaucoup plus étendu, intéressant souvent l'ensemble de l'interligne articulaire. L'existence de séquestres dont les images pouvaient paraitre douteuses à la partie inférieure de la sacro-iliaque, notamment entre la projection de la partie antérieure de l'interligne et de la partie postérieure, était confirmée. De même l'appréciation de l'importance de la décalcification était souvent précisée.

Lorsque des radiographies de contrôle ont été pratiquées, après les traitements, des constatations radiologiques diverses ont pu être relevées :

pour les malades N° I et N° 4, qui ont été presque perdues de vue, nous ne disposons pas d'éléments radiologiques de contrôle suffisamment éloignés;

pour nos malades opérés (obs. N° 2, 3, 5 et 7) les clichés de contrôle post-opératoires font apparaître la disparition complète de l'interligne remplacé le plus souvent par une importante ostéo-condensation, parsemée parfois de quelques zones aréolaires plus claires.

pour l'obs. N° 6 (granulie), uniquement traitée médicalement, après un an de la triple association, en permamence : Strepto, PAS et Rimifon, on ne constatait pas de grande modification de l'aspect de l'interligne. Le flou des bords paraissait s'être étendu à l'ensemble de l'articulation; l'ostéo-condensation, elle aussi, avait progressé dans d'autres secteurs, et la constatation d'un petit séquestre détaché de la berge iliaque était devenue nette. Le traitement est encore en cours chez cette malade jeune et peu docile.

[illegible] :

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

blement à bas-bruit depuis de nombreux mois. Dans l'observation N° I même, diagnostiquée en 1952, les constatations du médecin traitant faisaient état de point douloureux de la région sacro-iliaque dès 1948.

Par contre à l'inverse, la radiologie peut se trouver en retard sur les manifestations cliniques, puisque notre malade N° 6 présentait en Octobre d'importantes lésions de sa sacro-iliaque droite alors que des clichés faits en Avril et Juin pour un syndrôme de sciatique se révélaient, même à leur examen fait à postériori, rigoureusement normaux.

CONSIDERATIONS BIOLOGIQUES :

La vitesse de sédimentation des hématies s'est révélée dans la plupart des cas excessivement précieuse car son élévation fit écarter le diagnostic de sciatique vertébrale commune ou de sciatalgie banale. Dans les observations N° I, 2, 4 et 6, cet examen pratiqué immédiatement devant des soupçons cliniques devait préciser la possibilité d'atteinte d'une sacro-iliaque et faire rechercher son altération sur les films radiologiques.

Dans l'observation N° 3, ce malade avait été hospitalisé dans les 6 mois précédents et avait reçu de la Streptomycine et du PAS, devant une affection mal déterminée, mais compte tenu de ses antécédents de pleurésie.

A l'issue de cette première hospitalisation, la V.S. était retrouvée à 3 mm, mais lorsque deux mois après nous l'avons revu avec une réapparition de la même symptomatologie, elle était déjà remontée à 28 mm.

Dans le cas N° 7, la V.S. paraissait anormalement élevée surtout pour une arthrite inflammatoire mécanique secondaire à des corps étrangers; elle ne trouvait pas d'explication claire avant que le diagnostic puisse être posé devant des altérations radiologiques.

Cette vitesse de sédimentation devait toujours baisser très rapidement et dans une proportion importante dès la mise en route du traitement.

La réaction de Vernes à la Résorcine, lorsqu'elle fut faite fut sensiblement comparable aux données de la V.S.

CONSTATATIONS HISTOLOGIQUES

Quatre de nos malades ont été opérés mais nous ne possédons que trois compte-rendus d'examen histologique (Dr Mazabraud).

Dans les cas N° 2 et 5, la conclusion de l'anatomo-pathologiste est qu'il s'agit sûrement d'une tuberculose caséeuse.

Dans le cas n° 3, il conclut que le diagnostic de tuberculose peut être évoqué mais non affirmé formellement.

CONSIDERATIONS DIAGNOSTIQUES

Dès les vérifications radiologiques et biologiques, après les soupçons sur la sacro-iliaque qui avaient pu être portés cliniquement, le diagnostic de sacro-ilite tuberculeuse s'est trouvé dans la plupart des cas le plus vraisemblable.

A aucun moment nous n'avons eu à discuter pour ces malades, la possibilité d'une spondylarthrite ankylosante. Les lésions que nous avions constatées ont toujours été en effet unilatérales, sauf dans l'observation N° 6, toutefois, où la sacro-iliaque opposée pouvait être suspecte, mais là le diagnostic ne fait pas de doute, puisque les lésions ostéo-articulaires s'accompagnaient de granulie. Le diastasis toujours marqué, les zones de décalcification, la présence de séquestres, empêchent de confondre ces deux affections. Du reste la raideur rachidienne, les algies thoraciques et les autres symptômes radiologiques, syndesmophytes de la charnière lombo-sacrée, font que malgrè un certain nombre de caractères communs (lombo-sacralgie, vitesse de sédimentation accélérée, lésions radiologiques au niveau de la sacro-iliaque), ces deux affections sont rarement confondues.

Les irrégularités que constitue l'arthrose sont d'ordre plus banal et jamais on ne constate d'élargissement aussi important, ni de décalcification. L'arthrose des sacro-iliaques est en général discrète, surtout si on ne tient pas compte des aspects en rapport avec le sulcus paraglénoïdalis.

Une polyarthrite chronique évolutive incipiens pourrait à la rigueur, dans une localisation à la sacro-iliaque, soulever un problème diagnostic, mais encore les images radiologiques constatées n'y orientent pas du tout.

Dans le cadre des sacro-ilites infectieuses, reste encore le problème de la mélitococcie et de la dothiénentérie. Chez les malades pour lesquels ce diagnostic pouvait être posé, furent faits des intradermo-réactions à la Mélitine et des séro-diagnostics de Wright qui se révélèrent négatifs; cependant une de nos malades présentait un séro-diagnostic de Widal positif à deux reprises au I/I00, et le problème d'une étiologie par le bacille d'Eberth fut nettement posé. Nos essais thérapeutiques incitaient même devant l'efficacité de I5 jours de Tifomycine, à retenir ce diagnostic, alors qu'un traitement de 3 semaines de Streptomycine-PAS n'avait pas apporté d'amélioration notable ni de chute de la V.S. Cette malade que nous devions perdre de vue présenta ultérieurement un abcès froid cervical avec une spondylite qu'il est difficile de ne pas interprêter comme un authentique mal de Pott, confirmant donc qu'il s'était très vraisemblablement agi auparavant d'une sacro-ilite bacillaire, la Tifomycine ayant pu agir sur un état inflammatoire en rapport avec des germes secondaires. De toute façon, l'on sait que l'examen que permet l'abord direct du foyer fait parfois découvrir contre toute attente une lésion staphylococcique ou colibacillaire.

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Eléments du traitement médical :

Le repos allongé dès le diagnostic posé a été imposé à tous nos malades; l'une d'elles cependant (N° 6), romanichel, n'a pas pu être gardée sous une observation stricte.

Les trois principaux antibiotiques anti-tuberculeux ont tous été utilisés; seule la première de nos malades (1952) n'a eu que de la Streptomycine et du PAS.

La STREPTOMYCINE :

Utilisée seule au début du traitement dans l'observation N° I, elle a très rapidement amené la sédation de la douleur et une nette diminution de la V.S.

En général, après une période variable de 10 jours à 1 mois, d'une injection intra-musculaire quotidienne de 1 gramme, il a été fait ultérieurement une injection tous les 2 jours, ou même tous les 3 jours pendant des périodes variant de 1 mois à 1 an et demi.

Le PAS :

Il a été fait en début de traitement depuis 1953 (Obs. N° 2) en injection intra-veineuse, pendant 40 à 60 jours sauf dans l'observation N° 7 où les injections intra-veineuses n'étaient pas possibles. Puis par voie buccale les doses ont été de 15 grammes par jour, sur des mois.

L'ISONIAZIDE :

Il a été utilisé dès l'observation N° 2, comme complément thérapeutique et lui aussi sur des mois. Chez tous nos malades les doses ont été de 300 mgrs par jour (6 comprimés) avec en plus, dans l'obs. N° 7, pendant les 5 mois qui ont précédé l'intervention, un suppositoire de 300 mgrs matin et soir.

Pour aucun de nos malades, il ne fut nécessaire d'avoir recours au rôle anti-inflammatoire des corticoïdes.

TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Le traitement d'immobilisation applicable aux autres articulations est ici particulièrement séduisant, puisque l'on sait la très faible mobilité des articulations sacro-iliaques, " nutation et contre-nutation sont en effet très minimes " (ROUVIERE). Le sacrifice est donc de peu d'importance et dès

Janvier 1916, en France avec Tuffier, fut pratiqué l'enchevillement.

L'arrivée de la chimio-antibiothérapie anti-tuberculeuse devait permettre une évolution des techniques et l'abord direct du foyer qui tout naturellement s'appliquait à l'articulation sacro-iliaque. Si le double enchevillement par la mise au repos de l'articulation, associé à la cure hélio marine, avait déjà amélioré considérablement le pronostic de la sacro-ilite bacillaire, le curetage du foyer avec arthrodèse sous couvert du traitement médical doit faire de la guérison la règle, tant du point de vue général que fonctionnel, l'ankylose n'ayant aucune conséquence.

Sur nos 7 malades, 4 seulement furent opérés et l'intention était de les orienter tous vers l'intervention.

DISCUSSION A PROPOS DE NOS OBSERVATIONS :

Parmi nos 7 malades, 3 ont plus ou moins échappé à une surveillance thérapeutique régulière et devaient (surtout les N° I et 4) avoir des doses thérapeutiques tout à fait insuffisantes par rapport à ce qui est pratiqué devant les diverses localisations tuberculeuses.

L'ob. N° I eut tout de même 4 mois de traitement et devait mourir 2 ans après d'un ictus après une cholécystectomie, mais elle ne présentait absolument plus de manifestations pelviennes. On peut donc admettre que

les 3 mois de Streptomycine et les 4 mois de PAS avaient été suffisants pour vaincre la lésion osseuse bacillaire.

L'obs. N° 4 devait recevoir une dose tout à fait insuffisante d'antibiotiques (I mois) et si actuellement aucune manifestation ne subsiste au niveau des sacro-iliaques, on peut penser que c'est parce que la nécessité d'un traitement anti-tuberculeux s'est imposé pendant I8 mois, devant une deuxième localisation (mal de Pott cervical) avec abcès froid extériorisé, dont nous savons qu'a été atteinte ultérieurement la malade.

L'obs. N° 2 qui fut opérée avait été traitée pendant plus de 3 mois avant et 3 autres mois après l'intervention, puis se trouvant en excellent état, elle abandonna elle-même la surveillance thérapeutique.

Nous pensons que dans ces 3 cas, le traitement fut insuffisant, cependant nous notons dans les 2 observations où le traitement ne dépassa pas 6 mois, l'un traité chirurgicalement, l'autre traité médicalement, la guérison fut obtenue avec un recul de 6 ans pour l'un d'eux; mais par contre dans l'obs. N° 4, l'insuffisance thérapeutique fut certainement à l'origine d'un nouveau foyer de spondylite cervicale.

Nos 4 autres malades purent être suivis assez régulièrement, 3 subirent l'intervention chirurgicale, quant au 4ème (obs. N° 6) elle lui fut conseillée et seulement son indocilité nous obligea à accepter le traitement médical seul.

Pour tous ces cas, le traitement dura presque un an ou plus et pour nos deux derniers malades, il est encore en cours. Nous pensons que pour la jeune malade de 29 ans (obs. N° 7) un an de traitement après l'intervention, constitue un délai nécessaire. Pour l'autre jeune malade (obs. N° 6) atteinte de granulie concommitante, en accord avec le phtisiologue, nous imposons deux années de traitement.

Pour nos 4 opérés, nous avons un recul de 6 ans pour l'observation N° 2, de près de 5 ans pour l'observation N° 3, de près de 3 ans pour l'obs. N° 5, et de 7 mois pour l'obs. N° 7.

Tous ces malades sont en excellente santé et n'ont plus présenté de douleur d'origine pelvienne, pas même pour le premier cas qui depuis son intervention a eu 2 grossesses, sans aucune manifestation pathologique.

Dans l'ensemble le traitement chirurgical apparait donc comme avoir été un élément déterminant dans la rapidité de la guérison, comme ayant assuré une consolidation sûre (5 et 6 ans de recul). Ces constatations d'ordre pratique rejoignent donc ce que théoriquement on pouvait penser puisqu'il parait séduisant de nettoyer tout foyer tuberculeux complètement, d'ankyloser toute articulation atteinte d'ostéite bacillaire afin d'éviter tout réveil évolutif.

DISCUSSION SUR L'INTERET RESPECTIF DES TRAITEMENTS MEDICAL ET CHIRURGICAL :

Mise à part la malade N° 4, âgée de 52 ans, pour laquelle notre surveillance thérapeutique ne dura qu'un mois et chez laquelle le problème chirurgical n'eut pas le temps d'être posé, c'est seulement pour Madame L. (N° I), 6I ans, suivie 4 mois, que nous n'avions pas envisagé le traitement chirurgical. On peut donc admettre que celui-ci parait être indiqué dans toutes les sacro-ilites tuberculeuses, il apporte un traitement idéal en permettant l'ablation de tissu nécrosé, en drainant les abcès. Ce faisant, il permet la sclérose cicatricielle et il empêche la persistance du foyer microbien, origine de rechute possible. Il apporte enfin par la greffe l'ankylose de l'articulation et si cette simple immobilisation était avant l'ère des antibiotiques déjà souvent suffisante pour obtenir la guérison, on conçoit qu'actuellement le pourcentage des succès puisse être bien plus important. Enfin, cette arthrodèse ne constitue pas comme au niveau des autres articulations un sacrifice fonctionnel puisque le malade guérit totalement sans séquelle, sans boiterie, du fait de la faible mobilité de la sacro-iliaque.

L'intervention a encore un indéniable intérêt; seule, elle permet la certitude diagnostique par la découverte de pus tuberculeux, par l'examen histologique des lésions osseuses et l'inoculation au cobaye.

Nos 4 malades opérés se portent tous bien sans aucune séquelle.

Il est permis de se demander si cette intervention si séduisante soit-elle, est à envisager dans tous les cas et si précisément le fait que la sacro-iliaque soit si peu mobile, ne plaide pas aussi en faveur d'un traitement médical seul.

La malade N° I devait mourir deux ans plus tard, mais quelques mois d'antibiothérapie avaient suffi semble t-il par amener une guérison de la localisation sacro-iliaque puisqu'elle décéda au décours d'une cholécystectomie.

La malade N° 4 (52 ans) après 4 ans de recul ne souffre pas de sa sacro-iliaque et est en excellente santé. On peut donc penser que traitée secondairement pour son Pott cervical suffisamment longtemps, elle a en même temps consolidé sa sacro-iliaque. Les nouvelles récentes que nous avons obtenues font état d'une vie normale sans aucune claudication ni douleur pelvienne.

La malade N° 6, Madame S. 29 ans, après I6 mois de recul, est en excellent état général, tant au point de vue pulmonaire que du point de vue ostéo-articulaire. On peut donc se demander si un traitement médical prolongé ne peut pas être suffisant et si cela constitue une imprudence de s'en contenter ?

Des décisions opératoires trop systématiques ne nous empêcheraient elles pas d'apprécier les possibilités exclusivement médicamenteuses, c'est pourquoi la dernière observation citée nous parait-elle à suivre dans les

années à venir. Nous pensons d'ailleurs que la corticothérapie qui ne s'est trouvée nécessaire pour aucun de nos malades, pourrait dans certains cas ajouter à la puissance thérapeutique des antibiotiques grâce à son rôle sur l'élément inflammatoire et peut être éviter la chirurgie.

Nous voudrions à ce propos citer en faveur de cette corticothérapie le cas d'une malade que nous avons eu l'occasion de suivre pendant la même période. Mlle G. âgée de 65 ans est hospitalisée en Juin 1958. On découvre un mal de Pott dorsal avec un volumineux abcès paravertébral droit. Son âge, son habitus général, font refuser la cure chirurgicale par abord direct par un chirurgien habitué à ces interventions malgrè la présence du volumineux abcès. Le principe d'un drainage d'abcès au bout de plusieurs mois fut cependant retenu s'il n'avait pas tendance à résorber. Pendant un an, cette malade fut immobilisée en coquille plâtrée et traitée par les trois antibiotiques avec surveillance répétée de la V.S. et de l'image d'abcès par tomographies.

C'est au cours d'une deuxième cure prolongée (3 mois) d'Hydrocortancyl que les images radiologiques montrèrent une disperition progressive de l'abcès. L'intervention chirurgicale semblait donc être alors à écarter et nous envisagions déjà pour la malade le lever.

Une véritable preuve anatomique de l'efficacité de notre traitement nous fut fournie en Décembre 1959, lorsque la malade à l'occasion de sa convalescence fut orienté différemment et opérée malgrè ses 66 ans.

Voici le compte rendu opératoire : " ... on tombe dans le foyer. Pas d'abcès paravertébral, seulement une coque scléreuse que l'on traverse. Après trépanation, on trouve un os un peu dense et une très petite quantité de caséum crétacé que l'on enlève. En résumé : il s'agit d'un foyer sec ".

Ainsi, si antibiotiques et corticoïdes sont capables d'assécher à ce point des foyers importants, des abcès volumineux, au niveau de disques ou de corps vertébraux, comme il apparait plus facile alors d'espérer une guérison dans le cas où on a affaire à une articulation qui possède déjà presque l'ankylose à rechercher. De plus, chacun sait que certaines images radiologiques rachidiennes ne peuvent être interprêter autrement que par l'existence d'un mal de Pott guéri spontanément.

C O N C L U S I O N S

-:-:-

Nous avons rapporté sept cas de sacro-ilite que nous pensons être d'étiologie tuberculeuse; pour les uns la certitude diagnostique a été donnée par l'abord direct du foyer; pour les autres cependant des preuves suffisantes nous permettent de les considérer comme tels (spondylite cervicale avec abcès froid dans les mois suivants, granulie associée, rapide efficacité de la Streptomycine).

On peut dire que si la sacro-ilite bacillaire est relativement rare, elle n'est cependant pas exceptionnelle et qu'elle peut être méconnue. Il nous semble qu'au moment où le diagnostic a été fait, plusieurs de nos malades devaient être porteurs de leur affection depuis déjà de nombreux mois.

Les signes cliniques ont souvent été ceux d'une sciatique mal systématisée, mais un examen attentif orientait vite vers l'articulation sacro-iliaque.

Deux examens complémentaires ont revêtu à nos yeux un intérêt d'orientation diagnostique capital : la vitesse de sédimentation nettement accélérée; la radiographie qui montrait toujours une altération de l'interligne avec diastasis. La variation des aspects des articulations sacro-iliaques rend indispensable le cliché centré de face sur la charnière lombo-

sacrée pour l'appréciation de l'état du côté opposé. Les examens tomographiques n'ont en général pas été nécessaires pour affirmer la lésion de la sacro-iliaque, mais intéressants pour préciser l'importance des lésions : ils ont été faits également centrés sur la charnière lombo-sacrée afin d'apprécier l'état comparatif.

L'efficacité du traitement médical par les trois antibiotiques associés (Streptomycine, P.A.S. et Isoniazide) a été rapidement remarquable pour nos malades.

La chirurgie par abord direct du foyer a été pratiquée pour quatre d'entre eux; pour les trois autres, l'une était âgée de 61 ans, et s'est améliorée suffisamment rapidement pour qu'on se contente du traitement médical. La deuxième a échappé à notre surveillance thérapeutique. La troisième est toujours sous surveillance mais ne s'est pas soumise à l'intervention qui lui avait été proposée. Dans tous les cas cependant, nous pensons avoir obtenu une guérison avec bonne consolidation.

Vu, le Président de Thèse

Professeur S. de SEZE

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-

AIACH (G) - Etude de la souffrance sacro-iliaque. - Thèse Paris, Juil. I946, nº 632, 28 pages

AILLARD (L) - L'arthrodèse dans la sacro-coxalgie. - Thèse Paris, I934 79 pages.

BAUDOT (J.), ARLET (J) et DELANDE (A) - Cortisone, ACTH et tuberculose. Considérations cliniques et expérimentales. Rev. du Rhumat. 20 : 600-608, I953

BENASSY (J) et GALMICHE (P) - Traitement actuel de la tuberculose ostéo-articulaire de l'adulte. - Rev. du Rhumat., 20 : 796-803 I953.

BENOISTE, PILLOIRE et DELOURMEL (R) - De l'action des perfusions veineuses ou sous cutanées de PAS dans les tuberculoses ostéo-articulaires Acta Phtisiol. nº I6 : I3- , I954.

J. BONE and JOINT SURG. - Surgical traitement of sacrocoxalgia - I8 : 54-55, I936. - Spontaneous sacro-iliae obliteration in patients with tuberculosis. 3I-A : 306-3II, I949.

BORSAY (J) et MOLMAR (M). - Le traitement opératoire de la tuberculose de l'articulation sacro-iliaque - Zschr. Orthop., I958, 90, nº 4 422-427 (Bibliogr.) (Résumé français)

BOURGEON, CATALANO, APROSIO, GUNTZ. - Intérêt de la tomographie dans les tuberculoses ostéo-articulaires - Afrique Franç. Chir. (supp. Alg. Méd. n° 7) II-I7, I952.

CAMERA (U) - A propos du traitement chirurgical des ostéites et des ostéo-arthrites tuberculeuses - Rev. Chir. orthop. 40 : I00-I08, I954

CAMETTI (G), DEBEYRE (J) et SEZE (S. de) - Stérilisation des lésions de la tuberculose ostéo-articulaire par la chimiothérapie antibacillaire. Rev. Tuberc. 2I : I337-I344, I957.

CARUSO (A.C.), LEVITIN (I) et GERSTEL (J) - Sacroileitis tuberculosa. - Arch. Argent. Reum. 22 : 26-33, I959.

COSTE (F) et AMOUDRUZ (J.P.) - Intérêt de la tomographie dans l'étude des affections des articulations sacro-iliaques. - Rev. Rhumat. Janv. I95I, I8 : n° I, 27-32.

COSTE (F) et KREIS (B) - Problèmes biologiques de la tuberculose ostéo-articulaire. - Rev. Rhumat. 22 : 457-483, I955.

COSTE (F) et VALLEE (G) - Aspect radiographique des articulations sacro-iliaques chez l'adolescent. - Sema. Hôp. Paris, 30 Mars I957 53, n° 20/3, I264-I270, II fig. (Bibliogr.)

COTREL (Y) - La Streptomycine dans les tuberculoses ostéo-articulaires - J. des Praticiens. 64 : 532- , I950.

DEBEYRE (J) - (Voir S. de SEZE et CAMETTI)

DETRIE (Ph.) - Nouvel aspect thérapeutique de la tuberculose ostéo-articulaire de l'adulte. Presse Méd. 64 : 278-279, I956.

DRAPE (M) - Les biopsies en tuberculose ostéo-articulaire. Leurs modifications après streptomycinothérapie. Thèse Paris N° 90I - Juillet I95I.

ESTOR - Traitement de la tuberculose des os et des articulations - Montpellier Méd. 45 : 265-289, 1953.

FUNCK-BRENTANO et DOBRESCO - Enchevillement transarticulaire dans la sacro-coxalgie. - Rev. Orthop., 1939-1940, 631.

GERARD-MARCHANT (P) - Les opérations de fixation dans la tuberculose ostéo-articulaire. - Sem. des Hôp. 28 : N° 29, 1219-1223, 1952.

GERARD-MARCHANT (P) - Considérations sur la tuberculose ostéo-articulaire.- Acta. Tuberc. Belg. 44 : 77-96, 1953.

GERAD-MARCHANT (P) - A propos de l'orientation nouvelle des traitements de la tuberculose ostéo-articulaire chez l'adulte. Rev. du Rhum. 22 536-538, 1955.

GERARD-MARCHANT (P) - Sacro-coxalgie. - Encycl. Méd. Chir., Patho. chirurgicale, fasc. 15501 A 10, 11-1957.

GUINCHARD (H) - Un signe très sensible de lésion sacro-iliaque. - Presse Méd., 17 Juin 1944, n° 12, 188.

INGELRANS (P) - La sacro-coxalgie et son traitement. - Masson, édit. Paris 1930, 140 pages.

INGELRANS (P) - Résultat éloigné d'une arthrodèse pour sacro-coxalgie avec abcès, compliquée de coxalgie de contact. - Lille chir., Mars-Av. 1959, 14, n° 2, 105-108.

JACOBS (R.W.) - Rapports entre les organes génitaux de la femme et l'articulation sacro-iliaque. - Zschr. Orthop., 1959, suppl. 91, 572-573.

JUDET (J), JUDET (R), LAGRANGE (J) et DUNOYER (J) - Traitement chirurgical actuel des tuberculoses ostéo-articulaires. - Revue du Rhumat., 22 : 527-531, 1955.

KAUFMANN (R) - Pathologie de la tuberculose dite ostéo-articulaire. Bull. Soc. chir. Paris, 44 : 225-233, I954.

KIRITA (Y) et FUKITA (H) - Investigation on the focal cleansing and bone transplantation in iliosacral joint tuberculosis. - Arch. f. Japanische chir. : 23 , 388-393, I954.

KIVEL (F) - A propos des affections des articulations sacro-iliaques et de leur traitement. - Med. Klin. 7 sept. I956, 5I , N° 36, I506-I509. - (Bibliogr.)

ALBAN KÖHLER-E.A.-ZIMMER - Roentgenologie. - Les limites de normal et les débuts du pathologique dans la radiographie du squelette. - 4I7-423, I956.

LANCE (P) - Les éléments d'un diagnostic précoce (tuberculose ostéo-articulaire et Pott). Rev. Prat. 6 : I033-I04I, I956.

MATHIEU et LANCE - La sacro-coxalgie chez l'adulte. - Rev. méd. franç., I934, 257-262.

MEUNIER (J.P.) - Le contrôle graphique du stade évolutif des tuberculoses ostéo-articulaires. - Rev. chir. orthop. 40 : 52I-525, I954.

PERROY (A) et BENASSY (J) - Aspects tomographiques de la tuberculose ostéo-articulaire de l'adulte (déduction pathologique et thérapeutique) J. Radiol. Electr. 35 : 658-667, I954.

PIERI - Le double enchevillement autoplastique dans le traitement de la sacro-coxalgie. - J. chir., I930, 36, 360.

REINHARD (W) - La tuberculose de l'articulation sacro-iliaque et son traitement. - Chirurg., Février I954, 25, N° 2, 82-84 (Bibliogr.)

RICHARD (A), DELAHAYE (A) et CALVET (J) - Remarques cliniques et thérapeutiques sur la sacro-coxalgie. - Rev. Orthop., Mars 1953.

RICHARD(A) et ALLARD (L) - Traitement de la sacro-coxalgie. - J. Internat. chir. av. 1946.

RICHARD (A) et UNTEREINER (G) - Nouvelle technique de radiographie de l'articulation sacro-iliaque. Mem. Acad. chir. 1950, 76: 936-937.

RICHARD (A) - Le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires en présence du climat, des antibiotiques, de la chirurgie. Sem. Hôp. Paris, 30 : 4189-4191, 1954.

SCHLEGEL (K.F.) - La sacro-ilite - Zschr. f. Orthop. (suppl.); 45ème Congrès, Köln, 13 Sept. 1957, 1958 , 268-271.

SEZE (S. de) et DEBEYRE (J) - Orientation nouvelle des traitements de la tuberculose ostéo-articulaire chez l'adulte. - Rev. du Rhumat. 22 : 484-524, 1955.

SEZE (S. de) et GUERIN (Cl.) - A propos de 12 cas de tuberculose articulaire à forme " synoviae " (tuberculoses articulaires débutantes à des lésions limitées) traitées médicalement et guéries sans séquelles. Sem. Hôp. 33 : 1796-1811, 1957.

SEZE (S. de), DEBEYRE (J) et HUCHET (C.A.) - Traitement actuel des tuberculoses des grandes articulations des membres, chez l'adulte. Sem. Hôp. Paris, 34 : 1090-1101, 1958.

SICARD (A) et MOULONGUET (A) - L'arthrodèse sacro-iliaque - S. Chir. Juin-Juil. 1953, 69 : nº 6-7, 485-506, 15 fig. (Bibliogr.)

SICARD (A) et MENEGAUX (J.C.) - l'abord antérieur de l'articulation sacro-iliaque. - S. chir., Janvier 1959, 77, Nº 1, 29-39, 8 fig.

SMITH-PETERSEN-ROGERS. - L'arthrodèse dans la tuberculose sacro-iliaque. J.A.M.A., 2 janvier 1926, 26-30.

SORREL (E) et SORREL-DEJERINE (Mme) - A propos des traitements des tuberculoses osseuses et articulaires. Sem. des Hôp. 22, N° 4, 121-130, 1946.

SORREL (E) et SORREL-DEJERINE (Mme) - Des modifications apportée par l'emploi des antibiotiques et des produits chimiques récents dans le traitement opératoire des tuberculoses osseuses et articulaires. - Chir. Rep. Traumat., 3 : 1-46, 1956

SOURDAT (P.L.M.C.) - ACTH, Cortisone et Tuberculose. - A propos de quelques observations cliniques. - Thèse Paris 1952. N° 643, 94 pages

TAVERNIER - Résection arthrodèse transiliaque dans la sacro-coxalgie. - Lyon Chir. 1943, 400.

X . - Discussion sur les aspects cliniques et radiologiques des affections sacro-iliaques. - Proc. Roy. Soc. Med., Octobre 1957, 50, 847-858, 13 fig., 5 tabl. (Bibliogr.)

-:-:-:-:-:-:-:-:-